SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

Zoom santé

Février 2012 | Numéro 35

Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables

Résultats québécois de l'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*

Francine Bernèche, Issouf Traoré et Bertrand Perron
Institut de la statistique du Québec

Au cours de la dernière décennie, la littératie en santé a fait l'objet d'un nombre important d'études[1]. Les liens entre littératie et santé et les conséquences de compétences insuffisantes dans ce domaine suscitent en effet de plus en plus d'intérêt. La littératie en santé est vue par plusieurs comme un déterminant de la santé, probablement plus important que la scolarité. Être capable d'obtenir de l'information sur la santé, de comprendre et d'utiliser des renseignements médicaux, d'interagir avec les professionnels de la santé et de s'orienter dans le système de santé sont autant de facteurs qui ont des répercussions sur la prévention de la maladie et l'amélioration de la santé des individus[2].

La gestion des maladies chroniques n'est que l'un des nombreux exemples de l'intérêt accordé à la littératie en santé. Ces maladies touchent une part grandissante de la population, notamment parmi les personnes âgées, et s'imposent comme un défi majeur des prochaines années pour le système de santé. Dans ce contexte, l'autogestion constitue une voie d'avenir dans le contrôle efficace de certaines maladies, comme l'asthme ou le diabète, et, par contrecoup, en ce qui a trait à la viabilité du système public de soins de santé[3]. Or, le niveau de compréhension des patients et leur aptitude à agir en fonction de l'information reçue sont souvent moins élevés que ce que présument les professionnels de la santé[4]. Les études sur le sujet reconnaissent en général que les capacités de lecture des patients ont de multiples incidences sur leur santé[5]. En outre, ces capacités sont susceptibles d'être davantage sollicitées dans la mesure où l'information transmise verbalement est souvent succincte dans un contexte de gestion du temps de consultation. Il importe donc d'identifier les difficultés rencontrées par les individus à cet égard afin d'ajuster les programmes en conséquence et d'en accroître l'efficacité.

Il importe aussi de reconnaître la diversité des approches face à la santé chez les individus et les communautés[6]. Les compétences différentielles en matière de littératie en santé peuvent en effet entraîner un cumul de désavantages pour certains groupes de population qui, dans un contexte sociosanitaire valorisant l'autogestion, pourraient rester à la traîne. Les inégalités sociales de santé risquent d'en être exacerbées.

---

1. CONSEIL CANADIEN DE L'APPRENTISSAGE (CCA) (2007a), *Littératie en santé au Canada. Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes 2007*, Ottawa, CCA, 35 p.
2. M. T. MASINDA (2007), « Littératie de la santé et éducation pour la santé : que signifient ces termes dans le milieu francophone? », *IUHPE – Promotion & Éducation*, vol. XIV, nº 1, p. 44-47.
3. CONSEIL CANADIEN DE L'APPRENTISSAGE (CCA) (2007b), « L'autogestion des patients requiert un niveau adéquat de littératie », *Carnet du savoir*, 19 juin, 8 p.
4. J. SCHWARTZBERG (2002), "Low health literacy: What do your patients really understand?", *Nursing Economics*, vol. 20, nº 3, p. 145-147.
5. CCA (2007a), *op. cit.*
6. I. KICKBUSH, S. WAIT et D. MAAG (2005), *Navigating health: The role of health literacy*, Londres, Alliance for Health and the Future, 21 p.

Québec

Le présent article trace d'abord un portrait général des niveaux de compétence dans le domaine de la littératie en santé parmi la population québécoise de 16 ans et plus, tels que mesurés dans l'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), menée en 2003 par Statistique Canada (voir les encadrés *Niveaux de compétence* et *À propos de l'enquête* aux pages 2 et 8 respectivement). Il vise ensuite à décrire certains groupes cibles, soit des groupes de population plus susceptibles de présenter de faibles niveaux de littératie en santé. Dans un troisième temps, des facteurs associés à la littératie en santé sont identifiés afin de discerner les plus favorables. Les résultats relatifs aux groupes cibles et aux facteurs favorables concernent généralement la population de 16 à 65 ans[7]. Des analyses bivariées des données pondérées de l'EIACA ont été effectuées à l'aide du logiciel SUDAAN[8]; les tests statistiques ont été considérés significatifs au seuil de 5 %.

Brève définition et aperçu de l'échelle de littératie en santé

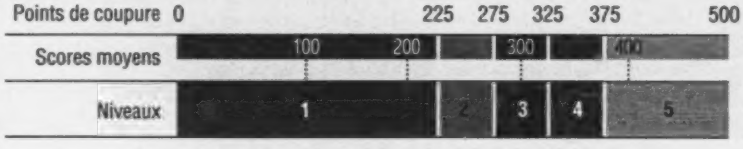
Il existe plusieurs définitions de la littératie en santé, mais celles-ci présentent des points communs, notamment le fait de se rapporter à l'information nécessaire à la promotion de la santé. La définition retenue dans cet article est la suivante : « La littératie en santé est la capacité pour des individus de repérer, comprendre, évaluer et communiquer de l'information pour être capables de composer avec les divers contextes de santé afin de promouvoir la santé tout au long de leur vie. »[9]

La littératie en santé se distingue des quatre domaines de compétence évalués directement dans l'EIACA, soit la compréhension de textes suivis, la compréhension de textes schématiques, la numératie et la résolution de problèmes. L'échelle de littératie en santé a été élaborée a posteriori, en se basant sur les activités et les comportements liés à la santé dans la vie de tous les jours, pour lesquels des compétences ont été mesurées dans des enquêtes populationnelles portant sur la littératie. L'évaluation des compétences en littératie a ainsi été faite à partir d'un vaste éventail de 350 items (ou tâches), dont on a tiré un grand sous-ensemble de quelque 200 tâches mesurant des activités ou comportements liés à la santé. Ceux-ci ont été classés en cinq catégories[10] : la promotion de la santé, la protection de la santé, la prévention de la maladie, les soins de santé et la compréhension du système de santé.

L'échelle de littératie en santé a fait l'objet d'un long processus d'élaboration visant à tenir compte de la large variété d'activités ou comportements liés à la santé, à assurer la constance des paramètres des items retenus et à contrôler leur validité. Même si elles ne sont pas parfaites, les données extraites des réponses sur la « capacité des adultes d'exécuter des tâches reliées à la santé » sont considérées comme valides, fiables et comparables[11].

Niveaux de compétence dans le domaine de la littératie en santé

Les tâches liées à la littératie en santé se situent dans des contextes très variés, allant de l'établissement d'un programme d'exercices à la formulation d'une demande de prestations. Les niveaux de compétence sont délimités par des points de coupure dans les scores moyens individuels obtenus à partir de ces différentes tâches, qui vont de 0 à 500 points. Une personne dont les compétences correspondent à un niveau donné maîtrise non seulement les tâches associées à ce niveau, mais aussi celles des niveaux inférieurs.



Niveau 1 (scores 0-225) = Compétences très faibles.

Niveau 2 (scores 226-275) = Compétences faibles.

Niveau 3 (scores 276-325) = Compétences souhaitables pour suivre le rythme des changements caractérisant la société actuelle.

Niveau 4-5 (scores 326-375 et 376-500) = Compétences élevées.

7. Groupe d'âge retenu dans les analyses effectuées pour les autres domaines de la littératie (compréhension de textes suivis, de textes schématiques et numératie) dans le rapport québécois de l'EIACA : F. BERNÈCHE, et B. PERRON (dir.) (2006), *Développer nos compétences en littératie : un défi porteur d'avenir. Rapport québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), *2003*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 256 p.

8. Analyses réalisées avec la procédure *Logistic* du logiciel Sudaan 9.01 qui permet de tenir compte du plan de sondage et de l'erreur de mesure.

9. Traduction libre d'une définition de I. ROOTMAN, et B. RONSON (2005), "Literacy and health research in Canada: Where have we been and where should we go?", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96 (suppl. 2), p. 62-77; cité dans I. ROOTMAN, M. KASZAP et J. FRANKISH (2006), « La littératie en santé : un concept en émergence »; cité dans M. O'NEILL et AUTRES (dir.) (2006), *Promotion de la santé au Canada et au Québec. Perspectives critiques*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, chapitre 5, p. 81.

10. L'échelle d'activités liées à la littératie en santé (*Health Activities Literacy Scale* - HALS) est définie dans le rapport de R. RUDD, I. KIRSCH et K. YAMAMOTO (2004), *Literacy and Health in America*, Princeton, NJ, Educational Testing Service (ETS), 52 p.; ce dernier chercheur a extrapolé les résultats pour le Canada à partir des tâches liées à la santé dans le volet canadien de l'EIACA, 2003 (CCA, 2007a, *op. cit.*).

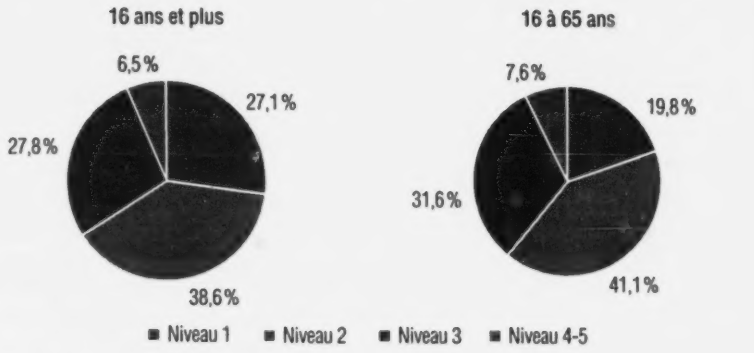
11. L'échelle de littératie en santé exclut des dimensions jugées importantes : fluidité verbale, compétences en lecture, capacité de résoudre des problèmes, problèmes de littératie en science (CONSEIL CANADIEN DE L'APPRENTISSAGE (CCA) (2008), *Littératie en santé au Canada. Une question de bien-être. 2008*, Ottawa, CCA, 39 p.).

Littératie en santé : des niveaux de compétence inférieurs au seuil souhaité pour deux Québécois sur trois

Au Québec, près des deux tiers des personnes de 16 ans et plus (66 %) présentent des niveaux de compétence inférieurs au niveau 3, lequel est jugé souhaitable pour ce qui est de la littératie en santé (figure 1). C'est un peu plus du quart (27 %) de la population qui doit composer avec de très faibles compétences pour faire face aux exigences posées par la gestion de sa santé (niveau 1). Parmi les personnes âgées de 16 à 65 ans, ces proportions sont de 61 % et de 20 %, respectivement. Le fait que les compétences exigées en matière de littératie en santé se rapportent à une multitude de tâches variées expliquerait en partie ces résultats. Tant au Québec que dans les autres provinces canadiennes, les scores moyens des personnes de 16 ans et plus se situent dans les limites du niveau 2 sur l'échelle de littératie en santé; la population du Yukon est la seule à atteindre le seuil de niveau 3[12].

Figure 1

Niveaux de compétence dans le domaine de la littératie en santé, populations de 16 ans et plus et de 16 à 65 ans, Québec, 2003



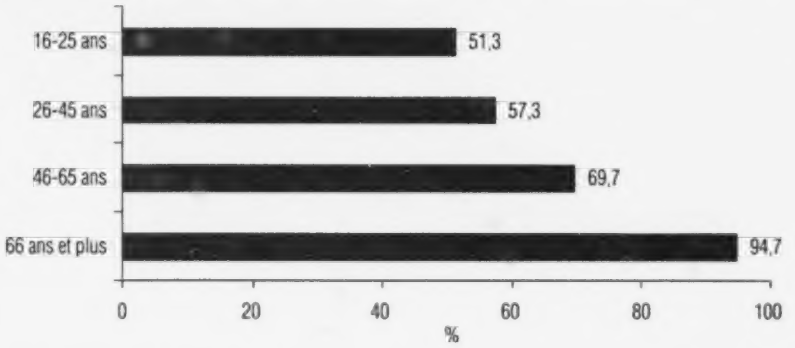
Source : Statistique Canada, *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), *2003*.

Des risques accrus de rencontrer des difficultés dans certains groupes de population

« Une partie des patients auxquels on demande de s'autogérer appartiennent aux catégories de la population les plus susceptibles de souffrir de lacunes sur le plan de la littératie »[13]. L'analyse des données de l'EIACA montre qu'il existe des disparités dans la répartition des compétences en matière de littératie en santé permettant d'identifier certains groupes plus vulnérables que d'autres. Les compétences dans ce domaine sont associées, entre autres, à l'âge, la scolarité, l'occupation principale, le lieu de résidence et l'état de santé[14]. On ne note toutefois pas de lien entre la littératie en santé et le sexe parmi l'ensemble des adultes québécois.

Figure 2

Proportion de personnes présentant des compétences inférieures au niveau 3 sur l'échelle de littératie en santé[1] selon le groupe d'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 2003



1. Il s'agit du niveau de compétence jugé souhaitable pour suivre le rythme des changements dans la société actuelle.

Source : Statistique Canada, *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), *2003*.

12. Pour plus de détails sur les comparaisons pancanadiennes, consulter CCA (2008), *op. cit.*

13. L. NIELSON-BOHLMAN, A. PANZER et D. KINDIG (dir.) (2004), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, Washington, DC, Committee on Health Literacy, Institute of Medicine, National Academies Press, 368 p.; traduction faite par le CCA (2007b), *op. cit.*, p. 3.

14. Des liens ont également été observés avec d'autres variables comme la langue maternelle et le statut d'immigration (CCA, 2007b, *op. cit.*); celles-ci ne sont pas traitées dans cet article.

Au-delà de 65 ans, des difficultés diverses pour la grande majorité des personnes

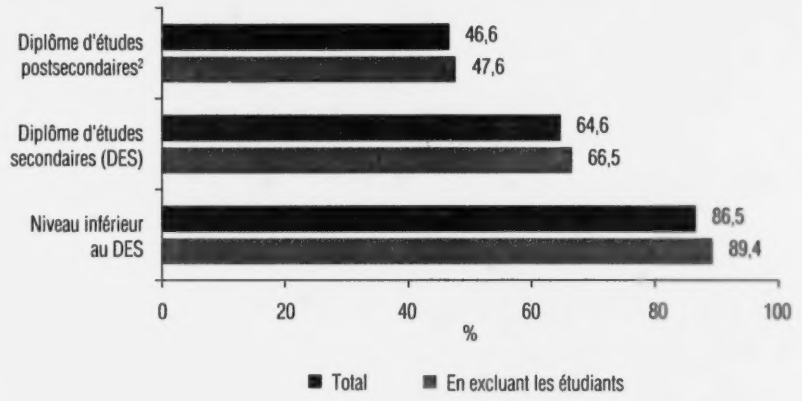
Analysées selon l'âge, les compétences en matière de littératie en santé révèlent des écarts importants entre les groupes plus jeunes et les plus âgés (figure 2, page 3). Alors que 51 % des 16-25 ans et 57 % des 26-45 ans se situent en deçà du niveau 3, c'est le cas d'environ 7 personnes sur 10 parmi les 46-65 ans. En outre, la quasi-totalité des personnes de 66 ans et plus (95 %) n'atteignent pas le niveau de compétence souhaitable (niveau 3); la situation est d'autant plus préoccupante que ces personnes sont plus susceptibles de souffrir de maladies et d'avoir recours au système de santé[15].

De faibles niveaux plus fréquents chez les personnes peu scolarisées

Parmi les 16-65 ans, près de la moitié des titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (47 %) ne sont pas suffisamment à l'aise pour obtenir, évaluer, comprendre et transmettre adéquatement l'information dont ils ont besoin en santé (niveaux inférieurs au niveau 3) (figure 3). Cette situation, qui peut paraître déjà préoccupante chez de tels diplômés, le devient encore plus dans le cas des personnes ayant seulement un diplôme d'études secondaires (DES); en effet, la majorité de ces dernières se classent en deçà du niveau 3 (65 %), principalement dans le niveau 2 de l'échelle de littératie en santé (47 %; donnée non présentée). Enfin, la plupart des personnes n'ayant pas de DES (87 %) n'atteignent pas le niveau 3 en matière de littératie en santé. En outre, près de la moitié des personnes les moins scolarisées ne rejoignent pas le niveau 2 (44 %; donnée non présentée), ce qui signifie qu'elles éprouvent de grandes difficultés, entre autres, à traiter l'information à l'égard de leur santé.

Figure 3

Proportion de personnes présentant des compétences inférieures au niveau 3 sur l'échelle de littératie en santé[1] selon le plus haut niveau de scolarité atteint, population de 16 à 65 ans, Québec, 2003

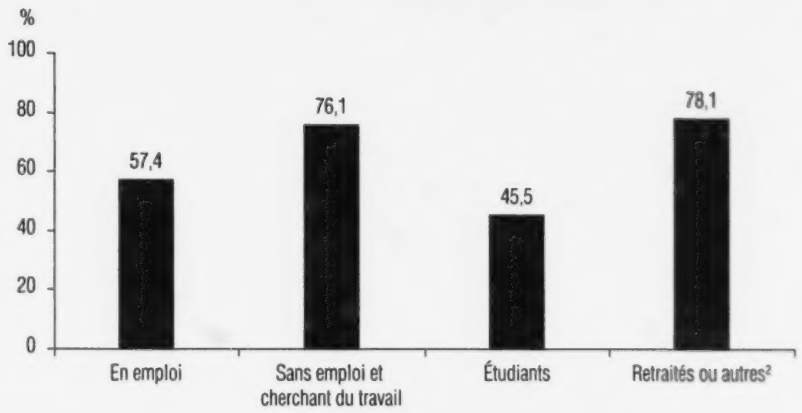


1. Il s'agit du niveau de compétence jugé souhaitable pour suivre le rythme des changements dans la société actuelle.
2. Diplôme d'études postsecondaires non universitaires ou diplôme universitaire.

Source : Statistique Canada, *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), *2003*.

Figure 4

Proportion de personnes présentant des compétences inférieures au niveau 3 sur l'échelle de littératie en santé[1] selon l'occupation principale, population de 16 à 65 ans, Québec, 2003



1. Il s'agit du niveau de compétence jugé souhaitable pour suivre le rythme des changements dans la société actuelle.
2. Cette catégorie inclut les personnes qui sont retraitées, tiennent maison ou se trouvent dans une autre situation.

Source : Statistique Canada, *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), *2003*.

15. I. ROOTMAN, et D. GORDON-EL-BIHBETY (2008), *Vision d'une culture de la santé au Canada, Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 52 p.; cité dans G. BEAUREGARD, *Inégaux devant l'information santé*, L'espace communication en santé publique, 2 p. [En ligne]. [www.espacecom.qc.ca/contenus/dossier/liste/Litteratie-en-sante/Inegaux-devant-l-information-sante.aspx] (Consulté le 27 juin 2010).

Des conditions désavantageuses pour les personnes n'étant pas aux études ou en emploi

Parmi la population âgée de 16 à 65 ans, un peu plus des trois quarts des personnes sans emploi et cherchant du travail (76 %) présentent des niveaux de compétence faibles ou très faibles en matière de littératie en santé; il en est de même pour les personnes qui sont à la retraite ou qui tiennent maison (78 %) (figure 4, page 4). Chez les personnes en emploi, cette proportion se situe à 57 %. C'est la population étudiante – composée surtout de jeunes – qui compte proportionnellement le moins de personnes (46 %) avec des compétences inférieures au niveau 3 sur le plan de la littératie en santé.

Une situation moins favorable à l'extérieur des régions métropolitaines

La distribution des compétences en matière de littératie en santé varie aussi selon le lieu de résidence. Dans l'ensemble, les compétences souhaitables sont moins répandues hors des grands centres métropolitains. Ainsi, 71 % des résidants des régions urbaines non métropolitaines et 66 % des personnes vivant en zone rurale présentent des compétences faibles ou très faibles comparativement à 59 % dans les régions métropolitaines (données non présentées).

Des lacunes davantage observées chez les personnes qui ne se considèrent pas en bonne santé

Selon une étude antérieure, les compétences en compréhension de textes suivis sont associées à l'état de santé physique; on y note en effet que les compétences moins élevées (niveaux 1 et 2) sont davantage observées lorsque la santé est moins bonne[16]. L'état de santé physique chez les 16-65 ans est aussi étroitement lié à la littératie en santé. En proportion, davantage de personnes ne disposent pas des compétences souhaitables parmi celles déclarant avoir une santé passable (64 %) ou médiocre (70 %) que chez celles se trouvant en bonne ou excellente santé (55 %) (figure 5). C'est dire qu'au Québec, environ les deux tiers des personnes qui

Définition des variables

Apprentissage informel

Activités d'apprentissage menées en dehors d'un cadre structuré (apprentissage actif, comme participer à des conférences, des séminaires, des visites guidées, etc. ou passif, comme l'apprentissage autonome par Internet, etc.) au cours des 12 derniers mois.

Bénévolat

Engagement non rémunéré dans des activités diverses (ex.: levée de fonds, collecte de nourriture, organisation d'événements, etc.) au sein d'un groupe ou d'une association au cours des 12 derniers mois.

État de santé physique

Sommaire de la composante physique (SCP) de l'état de santé autodéclaré, établi à partir d'une série de 12 questions allant de la perception de l'état de santé jusqu'à ses impacts sur les activités sociales de l'individu.

Formation structurée

Participation à des cours, des programmes ou d'autres activités structurées comme des ateliers au cours des 12 derniers mois.

Intensité de la pratique de la lecture

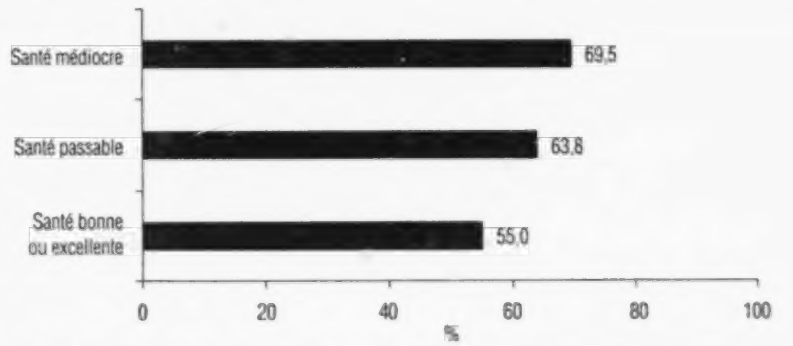
Fréquence de la lecture (une fois ou plus par semaine, moins d'une fois par semaine, rarement, jamais) et diversité dans les activités de lecture (différents types d'information: journaux, magazines, livres, notes ou courriels, etc.) en dehors des études ou du travail.

Population en discontinuité de scolarisation

Ensemble des personnes de 16 à 65 ans, à l'exclusion des jeunes adultes de 16 à 24 ans qui sont aux études à temps plein (sans le soutien financier d'un employeur). Notons que les 20-24 ans inscrits à un programme élémentaire ou secondaire ne sont pas exclus.

Figure 5

Proportion de personnes présentant des compétences inférieures au niveau 3 sur l'échelle de littératie en santé[1] selon l'état de santé physique, population de 16 à 65 ans, Québec, 2003



1. Il s'agit du niveau de compétence jugé souhaitable pour suivre le rythme des changements dans la société actuelle.

Source: Statistique Canada, *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), *2003*.

16. Ainsi, 26 % des personnes déclarant avoir une santé médiocre se classent au niveau 1 en compréhension de textes suivis comparativement à 12 % des personnes s'estimant en bonne ou excellente santé. (F. BERNÈCHE, et I. TRAORÉ (2007), « Y a-t-il des liens entre la littératie et la santé? Ce que montrent les résultats québécois de l'Enquête sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003 », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, novembre, 4 p.)

ne sont pas en bonne santé paraissent mal outillées pour traiter adéquatement l'information sur leur état de santé et sur les comportements à adopter pour l'améliorer. L'analyse des données ne permet toutefois pas de présumer qu'il existe une relation de cause à effet entre l'état de santé physique et les compétences en matière de littératie en santé; la situation inverse peut être aussi supposée dans la mesure où des compétences lacunaires pourraient nuire indirectement à la santé. Notons aussi que l'âge peut constituer un facteur confondant, surtout pour ce qui est de la relation entre la scolarité et les compétences en matière de littératie en santé, les personnes plus âgées étant généralement moins scolarisées que les plus jeunes.

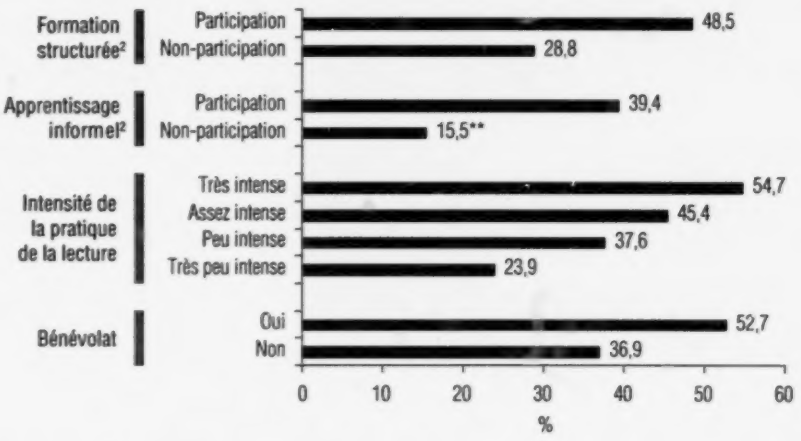
Des facteurs favorisant le développement des compétences en matière de littératie en santé

Les pratiques adoptées par les individus peuvent, de diverses façons, être liées positivement à l'exercice de leurs compétences dans le domaine de la littératie en santé. En général, les personnes qui participent à telle ou telle activité ou qui le font plus intensément se classent en plus forte proportion dans les niveaux 3, 4 ou 5 de l'échelle de littératie en santé. Les différences sont souvent marquées par rapport aux personnes qui, à l'inverse, pratiquent peu de ces activités ou pas du tout. La figure 6 présente quelques facteurs qui ressortent comme étant favorables pour la littératie en santé; la plupart concernent des activités plus ou moins liées à l'apprentissage (formation structurée et apprentissage informel) parmi la population n'étant pas aux études ainsi qu'à la pratique de la lecture et au bénévolat parmi l'ensemble de la population.

Les proportions de personnes atteignant ou dépassant le niveau souhaitable sur le plan de la littératie en santé sont nettement

Figure 6

Proportion de personnes présentant des compétences égales ou supérieures au niveau 3 sur l'échelle de littératie en santé[1] selon la pratique de certaines activités, population de 16 à 65 ans, Québec, 2003



** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Il s'agit du niveau de compétence jugé souhaitable pour suivre le rythme des changements dans la société actuelle.
2. Population en discontinuité de scolarisation (voir l'encadré *Définition des variables* à la page 5).

Source : Statistique Canada, *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), *2003*.

supérieures lorsqu'il est question d'une participation à une formation structurée (49 % c. 29 % des non-participants) ou d'apprentissage informel (39 % c. 16 %). La formation structurée est toutefois étroitement liée au fait de travailler : 50 % des personnes en emploi ont suivi une telle formation contre 31 % des personnes sans emploi et cherchant du travail (données non présentées). De même, ce type de formation est plus fréquemment adopté par les groupes plus jeunes (environ la moitié des 16-45 ans contre le tiers des 46-65 ans) et les plus scolarisés (près des deux tiers des diplômés universitaires contre le cinquième des personnes sans aucun diplôme). Cette situation est peu rassurante mais compensée en partie par le fait que ce sont les personnes ayant déjà participé à une formation structurée qui en réclament plus (64 % des participants contre 43 % des non-participants auraient voulu participer davantage)[17]. Notons également que les résultats positifs observés chez les participants à ces activités se retrouvent aussi parmi des groupes de population davantage touchés par des difficultés en matière de littératie[18].

La pratique de la lecture, pour sa part, mérite une attention particulière, puisque deux études canadiennes ont montré qu'elle constitue un facteur prédominant et favorable pour ce qui est de la littératie en santé. Les données de l'EIACA pour le Québec révèlent d'abord qu'un peu plus de la moitié (55 %) des personnes dont les activités de lecture sont très fréquentes atteignent ou dépassent le niveau 3 dans le domaine de la littératie en santé, alors que c'est le cas de moins du quart (24 %) des personnes qui lisent très peu (figure 6). Dans un rapport

17. Ce résultat laisse « entrevoir une boucle de rétroaction dans la participation qui, une fois amorcée, est susceptible de mener à un engagement accru ». (S. BOURDON (2006), « Formation, apprentissage et compétences en littératie », dans F. BERNÈCHE, et B. PERRON (dir.) (2006), *Développer nos compétences en littératie : un défi porteur d'avenir. Rapport québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), *2003*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 5, p. 165.)

18. Parmi les personnes sans diplôme d'études secondaires, les scores moyens en compréhension de textes suivis sont plus élevés lorsque ces dernières ont suivi une formation continue ou fait de l'apprentissage informel (S. BOURDON, op. cit.).

paru en 2008[19], le Conseil canadien de l'apprentissage a mis en évidence la très forte influence de la lecture quotidienne à la maison sur les niveaux de littératie en santé. Cette pratique donne même lieu à un impact plus important que celui du niveau de scolarité; pourtant, celui-ci se classe au premier rang au chapitre des déterminants des compétences en compréhension de textes suivis et schématiques. Ces résultats sont corroborés dans une étude récente[20] sur les liens entre la littératie en santé et l'état de santé autoévalué selon le statut d'immigration. Pour les non-immigrants, le fait de lire régulièrement à la maison constitue le principal moyen d'améliorer leurs compétences en matière de littératie en santé, encore plus que le niveau de scolarité, alors que pour les immigrants allophones, c'est le perfectionnement de leur français ou de leur anglais qui a le plus d'importance.

Le bénévolat constitue également un facteur favorable pour la littératie en santé. Le fait de travailler gratuitement à la réalisation d'activités au sein d'un groupe ou d'une association est lié positivement aux compétences dans ce domaine (figure 6) : plus de la moitié des personnes pratiquant le bénévolat (53 %) atteignent ou dépassent le niveau 3 contre 37 % des individus qui n'ont pas opté pour ce type d'engagement civique. C'est aussi le constat que Kapsalis[21] pose en comparant le Canada avec la Suède – pays où le bénévolat est deux fois plus répandu – à savoir que les meilleurs résultats obtenus par la population suédoise en littératie peuvent être attribuables en partie à sa plus large participation à bon nombre d'organismes bénévoles, puisque la pratique de la lecture et de l'écriture est requise et favorisée dans de telles situations.

Conclusion

L'environnement social, économique et culturel dans lequel vivent les individus joue un rôle déterminant dans la distribution des compétences en matière de littératie en santé. Les données de l'EIACA ont ainsi permis d'identifier certains groupes plus à risque de présenter des lacunes dans ce domaine comme les personnes âgées et les personnes désavantagées sur le plan socioéconomique (peu scolarisées ou sans emploi). En général, ces personnes éprouvent aussi plus de difficultés dans d'autres domaines, comme la compréhension de textes suivis, mais leur situation apparaît potentiellement plus préoccupante en matière de littératie en santé, où ces inégalités sont observées par rapport à une problématique – la santé – pouvant accroître la vulnérabilité des individus déjà désavantagés sur le plan de la littératie.

Pour les médecins et les autres professionnels de la santé, il n'est toutefois pas facile de repérer au quotidien les patients ayant des compétences limitées en littératie, d'autant plus que certains d'entre eux l'ignorent eux-mêmes ou camouflent ces limites qui leur font honte[22]. Selon Benson et Forman (2002), de faibles niveaux de littératie fonctionnelle en santé se retrouvent même chez les personnes âgées plus aisées et plus instruites que la moyenne[23]. Par ailleurs, les gens compétents en littératie ne sont pas non plus à l'abri des impacts négatifs d'un traitement inadéquat de renseignements importants touchant leur santé.

De telles situations peuvent être lourdes de conséquences pour la qualité de vie des personnes concernées et avoir des retombées négatives quant à l'efficacité du système de santé. D'une part, la réalisation d'études plus poussées pourrait permettre de mieux comprendre les liens existant entre la littératie et la santé et d'identifier de façon plus précise les groupes les plus susceptibles d'être affectés par les exigences accrues du système de santé en matière de littératie. D'autre part, outre le soutien à l'amélioration de la relation avec les patients faibles en littératie, le défi consiste à trouver des manières qui permettront de communiquer plus efficacement avec tous les patients[24]. Cela englobe la communication écrite offerte au public de la part d'organismes privés ou publics en santé, qui s'étend de la posologie de médicaments jusqu'aux fascicules sur la promotion de la santé. L'« environnement lettré » s'avère un facteur important de lutte contre les inégalités sociales de santé, tout en fournissant des occasions de valorisation et de renforcement des compétences en littératie de la santé.

Au-delà de la rencontre médicale, il existe un large éventail de contextes sociosanitaires dans lesquels les individus se trouvent confrontés à des difficultés de compréhension ou d'expression. La littératie en santé ne peut être réduite aux seuls mécanismes d'information et de communication en matière de santé. Elle englobe aussi le développement de capacités individuelles et collectives à long terme. Les individus faibles en littératie peuvent évidemment constituer des groupes cibles pour des programmes éventuels dans ce domaine. En recherche également, l'approche communautaire peut s'avérer un niveau d'analyse pertinent pour mieux identifier les besoins spécifiques à certains groupes (personnes âgées, immigrants, etc.) et les stratégies à adopter[25].

Confrontés aux situations observées parmi les groupes de population faiblement alphabétisés, les constats établis quant à l'intérêt d'activités comme la formation structurée, l'apprentissage informel, la lecture ou le bénévolat pour favoriser la littératie en santé

19. CCA (2008), *op. cit.*

20. D. W. R. OMARIBA, et E. NG (2011), "Immigration, generation and self-rated health in Canada: On the role of health literacy", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 102, nº 4, p. 281-285.

21. C. KAPSALIS (2001), *Rattraper les Suédois. Examiner l'écart entre le Canada et la Suède sur le plan de l'alphabétisme*, Hull (Québec), Secrétariat national à l'alphabétisation et Développement des ressources humaines Canada, p. 29.

22. J. SCHWARTZBERG, *op. cit.*

23. J. BENSON, et W. FORMAN (2002), "Comprehension of written health care information in an affluent retirement community: Use of the Test of Functional Health Literacy", *Gerontology*, vol. 48, p. 93-97.

24. C. RICHARD, et M.-T. LUSSIER (2009), « La littératie en santé, une compétence en mal de traitement », *Pédagogie médicale*, vol. 10, nº 2, mai, p. 123-130.

25. M. T. MASINDA, *op. cit.*

se heurtent à des contraintes importantes : accessibilité réduite à la formation continue ou au perfectionnement professionnel, non-valorisation de l'éducation ou de la lecture chez les enfants, etc.[26]. Ce décalage appelle une approche transectorielle, appuyée par la recherche[27], pour arriver à relever le niveau de littératie d'une bonne partie de la population. En matière de santé, les résultats présentés viennent corroborer ceux d'autres études dans le domaine. Ils soulignent également la pertinence de mesures visant à accompagner les groupes de population désavantagés sur le plan des compétences en littératie dans la prise en charge de leur santé et à maintenir les compétences acquises chez les groupes plus favorisés.

Les auteurs remercient Paul Bélanger (UQAM) pour ses commentaires sur la version préliminaire du texte.

26. M. BRODEUR, et AUTRES (2011), « L'analphabétisme crée l'obligation d'agir », *L'état du Québec 2011*, p. 373-380; I. KICKBUSH, S. WAIT et D. MAAG (2005), *Navigating health: The role of health literacy*, Londres, Alliance for Health and the Future, 21 p.

27. Notons que le Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA), géré par un conseil des 27 pays participants et l'OCDE, vise, entre autres, à mieux comprendre les interrelations entre les compétences cognitives essentielles et diverses variables démographiques ainsi que l'utilisation de ces compétences sur le lieu de travail ou ailleurs [En ligne]. [www.oecd.org/piacc] (Consulté le 12 janvier 2012). Les résultats de l'enquête canadienne, menée en 2011 auprès de personnes d'âge actif, permettront d'assurer une continuité avec l'EIACA en fournissant des renseignements sur l'évolution des compétences [En ligne]. [www.statcan.gc.ca] (Consulté le 25 janvier 2012).

À propos de l'enquête

L'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA) est la composante canadienne de l'*Enquête sur la littératie et les compétences des adultes* (ELCA); Statistique Canada en est le maître d'œuvre. La première vague de collecte a été menée en 2003 dans sept pays : Bermudes, Canada, État du *Nuevo León* (Mexique), États-Unis, Italie, Norvège, Suisse. Les premiers résultats ont été publiés dans un rapport coédité par Statistique Canada et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)[28]. L'Institut de la statistique du Québec a collaboré étroitement aux opérations de l'EIACA, financées par Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC); pour leur part, les ministères de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et de la Culture et des Communications (MCC) ont financé un suréchantillonnage de la population québécoise.

L'enquête vise la population âgée de 16 ans et plus. L'échantillon de base a été établi à partir d'un plan d'échantillonnage probabiliste à plusieurs degrés et stratifié géographiquement en fonction de la densité de la population. L'échantillon d'analyse compte 4 166 répondants au Québec (taux de réponse de 65 %). Trois instruments de mesure ont été utilisés pour la collecte de données qui se déroulait en face-à-face : 1) un questionnaire de base standardisé portant sur plusieurs thèmes (scolarité, situation économique et d'emploi, activités de formation, état de santé, etc.); 2) un livret de six tâches essentielles à réussir pour poursuivre l'entrevue; 3) un livret complet d'environ 45 tâches d'évaluation des compétences en littératie à effectuer sans limite de temps.

Pour en savoir plus sur les résultats de l'EIACA, veuillez consulter le rapport canadien (www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html) ou le rapport québécois (www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/alphabetisation2003.htm).

28. STATISTIQUE CANADA, et ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2005), *Apprentissage et réussite. Premiers résultats de l'Enquête sur la littératie et les compétences des adultes*, Ottawa et Paris, Éditions OCDE, 317 p.

Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation : Nicole Descroisselles, révision linguistique
Marie-Eve Cantin, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements : **Francine Bernèche**
Direction des statistiques de santé
1200, avenue McGill College, 5e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6136)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

La version PDF de ce bulletin est diffusée sur le site Web de l'Institut, à l'adresse suivante : **www.stat.gouv.qc.ca**

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
1er trimestre 2012
ISSN 1911-5520 (version imprimée)
ISSN 1911-5539 (PDF)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

Institut de la statistique Québec